

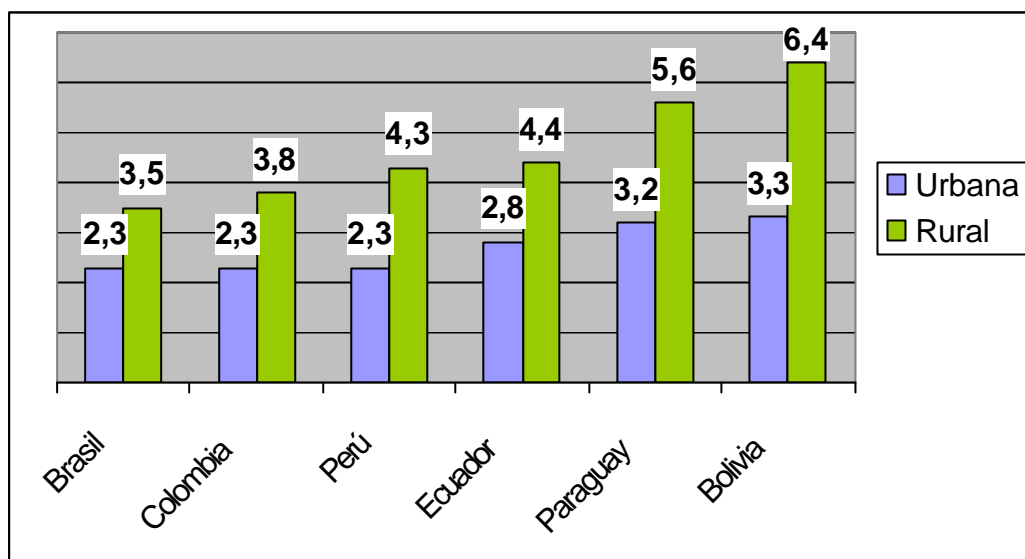
SALUD

La situación de la salud de las mujeres de América Latina no escapa de los grandes problemas sanitarios que viven los países latinoamericanos. Mas allá de esto y con respecto a la salud reproductiva de las mujeres, el documento presentado por la CEPAL en la 9na. Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, establece que: “En el campo de la salud, los países han respondido a los problemas de la salud reproductiva en mayor o menor grado, a través de variadas estrategias, y se ha adoptado un volumen apreciable de leyes, políticas y programas. (...) asimismo, en las legislaciones y políticas recientes en Bolivia, Brasil y Perú, se reconoce la salud reproductiva y la planificación familiar como derechos humanos fundamentales.”³² No obstante esto y el registro de avances en varios países, los servicios de salud en América Latina no contemplan aún las diferencias de género y no parecen preparados para los problemas que las mujeres presentan.

En lo que tiene que ver con las tasas globales de fecundidad en América del Sur, el siguiente gráfico muestra como aún persiste una fuerte brecha según el área de residencia de las mujeres (urbana/rural) siendo bastante más altas las tasas en las zonas rurales que en las urbanas.

³² Caminos hacia la equidad de género en América Latina y el Caribe. 9na. Conferencia Regional sobre la Mujer en América Latina y el Caribe.

**Tasa Global de Fecundidad según área de residencia.
Circa 1999**



Fuente: Boletín Demográfico N° 70 CEPAL/CELADE. Julio de 2002.

El caso brasilero parece ser el más discreto en términos de brecha habiendo solamente 1.2 puntos porcentuales entre las zonas urbanas y las rurales, y teniendo este país la tasa de fecundidad más baja para el área rural. En el otro extremo aparece Bolivia con la brecha campo/ciudad más elevada y a su vez con tasa, ambas las más altas dentro de los países en cuestión.

La mayor parte de los/as servidores/as en salud no tienen una formación en comprender la interculturalidad, ni los idiomas nativos de las áreas rurales. Lo que provoca en muchos casos que la gente sienta cierto recelo hacia los servicios de salud y prefiera la medicina tradicional. El racismo, machismo y clasismo, persisten en las actitudes de los servidores de salud hacia la población a la que están dirigidos. Lo que deja notar que carecen de cualquier formación en relaciones humana. (Coordinadora de la Mujer, Bolivia)

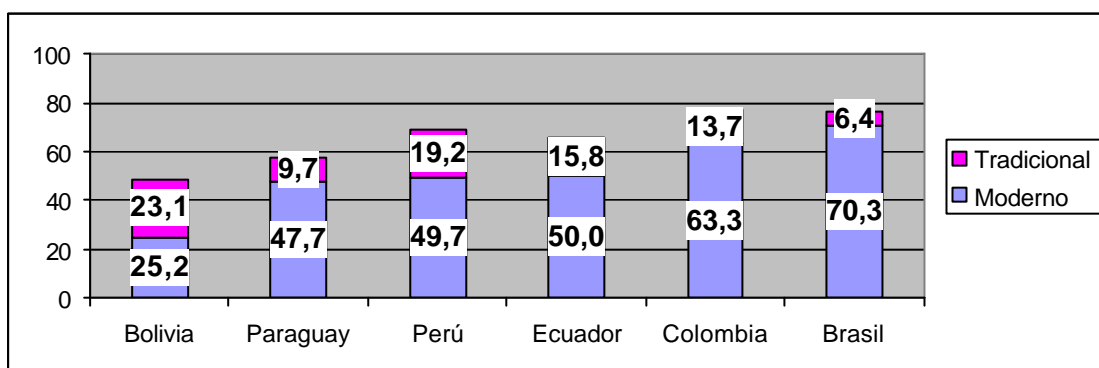
En cuanto al acceso a la información que tienen las mujeres sobre sus derechos de salud, la información sobre las enfermedades específicas (cáncer de mama, cáncer cervical, etc.) y programas preventivos, el panorama parece desalentador: “El acceso a la información es deficiente, sobretudo en las regiones y áreas rurales. Los servicios son

insuficientes. (...) por lo menos el 43% de la población no tiene acceso a la salud básica.”³³

Derechos sexuales y salud reproductiva

Si bien el 89% de las mujeres manifiestan conocer algún método anticonceptivo y de este el 85% afirma conocer uno moderno, apenas el 16,5% los utiliza. Esta baja utilización se explica por el condicionamiento que genera la cultura y la moral imperante relacionada con concepciones católicas. (Coordinadora de la Mujer, Bolivia)

Porcentaje de mujeres en unión³⁴ que utilizan métodos anticonceptivos según tipo de método.



Fuente: Boletín Demográfico N° 70 CEPAL/CELADE. Julio de 2002.

Los métodos modernos refieren a: píldoras, DIU, inyección, condón, esterilización sea esta masculina o femenina y anticoncepción de emergencia, y dentro de los tradicionales están los métodos de tipo folclórico como el ritmo (Billing), el retiro, la amenorrea por lactancia, entre otros.

Si bien en todos los países de América del Sur para los que se tienen datos, hay un mayor porcentaje de mujeres que utilizan métodos modernos, es de destacar que el caso de Bolivia presenta un comportamiento bastante similar entre ambos métodos. Además de ser el país que tiene un mayor porcentaje de uso de métodos

³³Información proveniente de los formularios enviados a organizaciones de América Latina y Caribe para el Informe Global de Monitoreo. WEDO 2004 - REPEM, Colombia

³⁴Para algunos de los países corresponde a mujeres entre 15 y 44 años y para otros entre 15 y 49 años de edad.

tradicionales, es el que presenta un menor porcentaje de uso de métodos modernos y la cifra de ambos es parecida rondando el 25% de mujeres en cada caso.

Destaquemos que Brasil es el país que cuenta con una importante utilización de métodos modernos alcanzado un 70% de las mujeres en pareja entre 15 y 44 años de edad; siendo a su vez el país con el menos porcentaje de utilización de métodos tradicionales.

Los países con fuertes concepciones católicas o reglas morales muy estrictas muestran un sólido tabú en torno a la sexualidad de las mujeres. Este tipo de concepciones se traducen en identificar la sexualidad femenina fundamentalmente con la función reproductora y por otra parte impera la idea de que la mujer no decide sobre su propio cuerpo.

Aborto y marco legal

Según la Organización Mundial de la Salud, existen unos 4.2 millones de mujeres que anualmente, se hacen abortos en América Latina y el Caribe. La mayoría lo hace en condiciones de riesgo y de forma clandestina, lo cual les causa daños irreparables para su salud y, a veces, también la muerte³⁵.

La mayoría de los países de la región adoptan legislaciones que restringen, y en tres casos impiden el acceso legal al aborto (Chile, Paraguay y Perú). Por lo tanto, la interrupción voluntaria del embarazo en América del Sur se caracteriza por su naturaleza prohibitiva. El aborto es técnicamente ilegal, con legislaciones que adoptan desde una posición absolutamente criminalizadora, hasta aquéllas que lo descriminalizan sólo bajo circunstancias específicas: por causas terapéuticas, eugenésicas o jurídicas o criminológicas, es decir, cuando el embarazo es producto de un acto de violencia sexual.

En el siguiente cuadro se pretende sintetizar la información sobre las actuales legislaciones de los países en cuestión.

³⁵ Despenalización del Aborto en América Latina y el Caribe. Junio de 2004. www.ceselmed.com

Aborto como causa de muerte materna y legislación actual sobre el aborto

País	Aborto como causa de muerte materna	Legislación actual sobre aborto
Argentina	Primera causa	Se considera delito contra las personas (Cód. Penal). Figuras no punibles: aborto terapéutico, por violación o atentado al pudor de la mujer idiota o demente.
Bolivia	1/3 de las muertes maternas se atribuyen a abortos auto inducidos	Constituye delito salvo cuando es producto de violación, rapto no seguido de matrimonio, estupro o incesto y siempre que la acción penal haya sido iniciada. No se penaliza cuando haya sido para evitar peligro de vida de la madre si este peligro no hubiera sido evitado por otro medio.
Brasil	Tercera causa	Delito contra la vida. Figuras de aborto lícito: resultado de violación, o grave riesgo para la vida de la gestante.
Colombia	Segunda causa	Toda forma de aborto provocado constituye delito contra la vida y la integridad de personal.
Chile	Primera causa	Ilegal en todos los supuestos. ³⁶
Ecuador	s/d	Se considera delito contra las personas. Figuras no punibles: peligro de vida de la madre si este peligro no hubiera sido evitado por otro medio, por violación o atentado al pudor de la mujer idiota o demente.
Paraguay	Primera causa (37.7%)	Es delito criminal, aunque se permite el aborto terapéutico.
Perú	Segunda causa	Se sanciona excepto para salvar la vida de la gestante.
Uruguay	25%	Se establece en el Código Penal como delito. Abortos no punibles: indicación terapéutica, ética o social.

Fuente: www.cladem.org.uy³⁷

Es de destacar el debate que se instaló en Uruguay a partir de la presentación en la Cámara de Diputado de un proyecto de ley sobre salud reproductiva a mediados del 2002. Dicho proyecto proponía la derogación del la ley del Código penal que

³⁶ A partir 1989 tras la aprobación de la Ley 18.826 se deroga la anterior norma que permitía el aborto terapéutico, estableciendo en su lugar que no podrá ejecutarse ninguna acción cuyo fin sea provocar un aborto, cualquiera sea el fin previsto.

³⁷ Investigación sobre “El tratamiento legal del Aborto en América Latina y el Caribe” CLADEM.

criminaliza el acto de aborto voluntario, y propone en contraparte mecanismos y acciones tanto en el plano de la planificación familiar y reproductiva de las personas, como las acciones concretas una vez decida la interrupción de un embarazo. Si bien la ley contó con los votos necesarios y fue aprobada en la Cámara de Diputados, una vez que ingresó a la discusión en el Senado no logró su aprobación. Más allá de esta no aprobación, el movimiento de mujeres uruguayas evaluar como sumamente positivo el proceso que se realizó en la sociedad civil y la difusión que alcanzó tanto el proyecto en si mismo como los argumentos a favor y en contra de la despenalización. La movilización social acontecida de la mano de esta iniciativa legislativa convocó e integró a grupos sociales de las más diversas índoles, tanto desde el ámbito religioso, como sindical y político partidario. La aprobación del proyecto de ley en Cámara de Diputados fue el producto del esfuerzo articulado de multiplicidad de actores. El voto afirmativo de legisladores/as fue apoyado por el Concejo Directivo Central de la Universidad de la República, por su Rector, por 6 de sus decanos, por la Mesa Representativa de la Central Única de Trabajadores/as (PIT/CNT), por organizaciones feministas, de mujeres, de jóvenes, de derechos humanos, por pastores de las iglesias Metodista y Valdense, por representantes de la religión Afro-Umbandista, por periodistas, deportistas, representantes de las artes, la academia ... y por una larga lista de gente dispuesta a defender la vida, el respeto a los derechos humanos, profundizar la democracia y promover la convivencia en la diversidad.

El 10 de diciembre de 2002, Uruguay conmemoró el Día de los Derechos Humanos con la aprobación en Cámara de Diputados del Proyecto de Ley de Defensa de la Salud Reproductiva. En este Proyecto, el Estado se convierte en garante del ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos, promoviendo la educación sexual, la reducción de la mortalidad materna, los servicios de planificación familiar y el ejercicio de la maternidad y paternidad responsables. En su artículo 4º el proyecto habilita, hasta las 12 semanas, la interrupción voluntaria de la gravidez, cuando la mujer considere que no puede continuar con ese embarazo.³⁸ (Semnario Brecha, Uruguay)

³⁸ La penalización del aborto injusta, inútil e inmoral. Sacerdote Luis Pérez Aguirre. Semnario Brecha.